

Absender

Empfänger

Ort, Datum

Zustimmung zu einer beabsichtigten stationären Behandlung in einer psychiatrischen /psychotherapeutischen Privatklinik bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens (§13 II SGB V)

GKV-Versicherungsnummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich beabsichtige, eine medizinisch notwendige psychiatrische / psychotherapeutische Behandlung in einer Privatklinik nach Bestätigung der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens zu beginnen. Mein niedergelassener Facharzt für Psychiatrie / Neurologie / Psychosomatische Medizin und Psychotherapie hat die stationäre Behandlungsnotwendigkeit mit beiliegendem Attest bestätigt. Eine stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus in der Nähe meines Wohnortes ist aus folgenden Gründen nicht möglich:

- _____
- _____
- _____

Die von mir gewählte private Fachakutklinik vita nova klinik Bad Salzuflen berechnet für ein Dreibettzimmer einen Tagessatz von € 369,72 zzgl. gesetzlicher MWSt.

Für die Zeitdauer meiner stationären Behandlung beabsichtige ich, das Kostenerstattungsverfahren für stationäre Behandlung nach § 13 Abs. 2 SGB V zu wählen. Mir ist bekannt, dass meine Wahl für jede stationäre Behandlung innerhalb dieses Zeitraumes gilt. Mir ist auch bekannt, dass ich bei Wahl des Kostenerstattungsverfahrens selbst die Krankenhausrechnungen erhalte und verpflichtet bin, diese als Selbstzahler vollständig zu begleichen. Ich erhalte dann anteilige Beträge von Ihrer Seite erstattet.

Gleichzeitig bitte ich um Bestätigung der Notwendigkeit der beabsichtigten stationären psychiatrischen / psychotherapeutischen Behandlung und Zustimmung zur Behandlung in der von mir gewünschten Privatklinik, in der eine stationäre Aufnahme kurzfristig erfolgen kann.

Ich bitte auch um Mitteilung der Höhe des von Ihrer Seite zu erwartenden anteiligen Erstattungsbetrages hinsichtlich des genannten Tagessatzes.

Ebenso bitte ich um Mitteilung, sofern hinsichtlich der Wahl des Kostenerstattungsverfahrens bestimmte Kriterien von mir zu beachten sind oder noch weitere Unterlagen von Ihrer Seite benötigt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Patient